

## **DOCUMENTACION PARA LA MATRICULA**

Solo para alumnos nuevos de primer curso.

(los alumnos que quieran matricularse en segundo curso provenientes de otros centros y/o ciclos han de solicitar el impreso de matricula correspondiente en nuestra secretaria)

Documentación a presentar por el alumno:

- Solicitud de matrícula firmada por el alumno en todas las hojas (hojas 2 y 3)
- Autorización de domiciliación bancaria firmada por el titular de la cuenta (hoja 4, o 5, según el ciclo en el que se matricule el alumno)
- Fotocopia del D.N.I. del alumno
- 2 fotografías tamaño carnet (nombre en el reverso).
- Fotocopia compulsada del título o en su defecto certificado original de los estudios aportados, expedido por el instituto donde curso los estudios.
- Justificante de ingreso del importe de la matrícula en la cuenta corriente del centro que se indica.

## **¿COMO HACER LA MATRICULA?**

Persónate en la secretaria de nuestro centro con la documentación indicada y tu matrícula quedará hecha en el acto.

## SOLICITUD DE MATRICULA

Solo para alumnos nuevos de primer curso.

(Los alumnos que quieran matricularse en segundo curso provenientes de otros centros y/o ciclos han de solicitar el impreso de matricula correspondiente en nuestra secretaria)

### PRECIOS

PRESENCIAL	RADIOTERAPIA Y DOSIMETRIA		IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR	
	Curso 1º	Curso 2º	Curso 1º	Curso 2º
Matricula de	595 €	595 €	595 €	595 €
10 mensualidades*, cada una de	393 €	432 €	393 €	432 €

\*Mensualidades: desde septiembre a junio. Si la matriculación se produce en octubre o mas tarde el alumno deberá abonar las mensualidades anteriores.

### DATOS DEL ALUMNO

Apellidos:	Nombre:
NIF nº:	Edad
Email:	Teléfono
Domicilio:	
Población:	Codigo Postal:
Provincia	Nacionalidad:
Nº S. Social:	Fecha nacimiento:
Estudios aportados:	

El alumno cuyos datos figuran arriba solicita matricularse para el PERIODO 2018/20 en el Ciclo Formativo de Grado Superior en la especialidad de:

RADIOTERAPIA Y DOSIMETRÍA	Presencial, turno de tarde	<input type="checkbox"/>
IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR	Presencial, turno de mañana	<input type="checkbox"/>
La asignación definitiva del alumno en el turno de mañana o tarde es potestad del Centro educativo		Presencial, turno de tarde

Firma del alumno

En Valladolid, a ..... de ..... del año .....

**GARANTIA DE DEVOLUCIÓN:** Si el alumno una vez realizada la reserva de plaza, renunciase la misma de manera fehaciente, tendrá derecho a una devolución parcial del importe de la matrícula, según el mes de renuncia:

<b>Importe a abonar al alumno en caso de renuncia.</b>	<b>RADIOTERAPIA Y DOSIMETRIA</b>	<b>IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR</b>
Hasta el 30 de abril de 2018	<b>595 €</b>	<b>595 €</b>
Hasta el 31 de mayo de 2018	<b>425 €</b>	<b>425 €</b>
Hasta el 30 de junio de 2018	<b>320 €</b>	<b>320 €</b>
Hasta el 31 de julio de 2018	<b>215 €</b>	<b>215 €</b>
Agosto y resto del año	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>

**RENUNCIAS:** La renuncia unilateral del alumno a la matrícula o falsificación de cualquier documentación o datos, lleva inherente la pérdida de cualquier tipo de derechos por parte del alumno, así como asumir las responsabilidades que la ley dicte. Una vez comunicada la renuncia por parte de alumno de manera fehaciente, el centro dejará de cobrar los recibos domiciliados desde el mes siguiente a dicha comunicación.

El alumno no tendrá derecho a recibir ninguna devolución de cuotas mensuales, ni matrícula, fuese cual fuese la razón por la que se produce ese abandono o renuncia.

En caso de traslado del expediente del alumno otro centro, este abonará la cantidad de 195€ en concepto de gastos del traslado de expediente

**ASIGNATURAS Y CURSOS SUSPENSOS:** En el caso de que un alumno suspendiera el curso con uno o varios módulos que le impidiesen pasar de curso, deberá abonar la totalidad de la matrícula y mensualidades correspondientes al igual que sus nuevos compañeros, ya que ocupa plaza.

En caso de que un alumno suspendiese 1 o 2 asignaturas o módulos, siempre y cuando no repita curso, pagaría el importe proporcional solo de esa asignatura de acuerdo al número de horas que ocupe del total de la carga lectiva. No hará falta que pague ninguna matrícula en este caso.

**PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** El alumno, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, da su consentimiento para que sus datos personales sean incluidos en un fichero automático del que es titular el Centro de Formación Profesional Sanitario de Valladolid y puedan ser utilizados para gestionar la relaciones entre el alumno y las escuela, y para la organización e información de las actividades organizadas por ésta u otras asociaciones vinculadas a este Centro, y declara estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar en el domicilio del Centro de Formación Profesional Sanitario de Valladolid, en C/ Fray Luis de León, 4. Colegio Rafaela María. 47002 Valladolid., o en la dirección de correo electrónico [andresmateogr@hotmail.com](mailto:andresmateogr@hotmail.com)

**FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO**

El alumno D/Doña ..... con DNI ..... abajo firmante ha leído y esta de acuerdo en que la realización del modulo de Formación en Centros de Trabajo se podría desarrollar, tanto en periodo ordinario como extraordinario a partir del mes de marzo desde el día que fije la Administración Educativa, y en Hospitales y Clínicas de Valladolid y Castilla-León y/o en otras Comunidades Autónomas, siendo los gastos de desplazamiento a estos Hospitales y Clínicas, el alojamiento, así como la ropa y calzado necesaria para la realización de estas prácticas por cuenta del alumno. La designación de Hospital o Centro Médico donde se realizarán estas prácticas, así como su periodo y su horario, es competencia exclusiva del Centro FP Ciencias Radiológicas, y se hará teniendo en cuenta el expediente académico. En caso de empate, este se resolverá por sorteo.

Firma del alumno

**IMAGEN PARA DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR**

**FORMA DE PAGO**

**Nombre del alumno:** .....

**PAGO DE MATRICULA** 595 €

- Transferencia bancaria a la cuenta ES50 0081 0250 95 0001412544
- Entrega en efectivo en este acto

**PAGO DE MENSUALIDADES**

- Domiciliación bancaria en la cuenta que se indica a continuación:

**DOCUMENTO DE DOMICILIACION BANCARIA**

DATOS DE LA CUENTA: <b>Titular:</b>																			
IBAN		Cod. Entidad			Cod. Sucursal			D.C:	Número de cuenta										
Nombre entidad:																			
Dirección																			
Localidad:					Código Postal:														

D. .... con N.I.F. ....  
 expreso mi consentimiento para que Gestión de Centros Ecamsol S.L. cargue en mi cuenta los recibos por un importe de 393 € euros mensuales de Septiembre de 2018 a Junio de 2019 ambos inclusive, de 595 € euros en julio de 2019 y de 432 € euros mensuales de Septiembre de 2019 a Junio de 2020 ambos inclusive.

Firma del titular de la cuenta

En Valladolid, a ..... de ..... del año .....

**RADITERAPIA Y DOSIMETRIA**

**FORMA DE PAGO**

**Nombre del alumno:** .....

**PAGO DE MATRICULA** 595 €

Transferencia bancaria a la cuenta ES50 0081 0250 95 0001412544

Entrega en efectivo en este acto

**PAGO DE MENSUALIDADES**

Domiciliación bancaria en la cuenta que se indica a continuación:

**DOCUMENTO DE DOMICILIACION BANCARIA**

DATOS DE LA CUENTA: <b>Titular:</b>												
IBAN			Cod. Entidad			Cod. Sucursal			D.C:		Número de cuenta	
Nombre entidad:												
Dirección												
Localidad:									Código Postal:			

D. .... con N.I.F. ....  
 expreso mi consentimiento para que Gestión de Centros Ecamsol S.L. cargue en mi cuenta los recibos por un importe de 393 € euros mensuales de Septiembre de 2018 a Junio de 2019 ambos inclusive, de 595 € en julio de 2019 y de 432 € euros mensuales de Septiembre de 2019 a Junio de 2020 ambos inclusive..

Firma del titular de la cuenta

En Valladolid, a ..... de ..... del año .....